

Samtaler med argentinske kvinner om amming

Prosjektoppgave for stud.med.

Sarah Nausthaug

Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for allmennmedisin

Veileder Per Lagerløv



2012

Innhold

Forord	3
Abstract	4
Title: Conversations with Argentinean mothers about breastfeeding	4
Innledning	5
Helsevesenet i Argentina	5
Metode	7
Litt om de to helsestasjonene - basert på informasjon fra CN	8
Resultatdel	9
Intervjuene – strukturert etter intervjuguide	10
Diskusjonsdel	15
Resultatene sammenlignet med litteratur	15
Resultatene i et teoretisk rammeverk	17
Metodediskusjon	21
Litteraturliste	23
Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse	25
Morsmelken & Morsrollen –	25
Vedlegg 2: Intervjuguide på norsk	28
Spørsmål om mors opplevelse av å gi morsmelk eller tillegg	28
Vedlegg 3: Intervjuguide på spansk	34
Vedlegg 4: REK søknad	40

Forord

Jeg vil først og fremst takke Carlos Needleman og hans medarbeidere ved Universidad de Buenos Aires og på helsestasjonene. Uten deres hjelp og velvilje hadde jeg ikke kunnet gjennomføre denne oppgaven.

Takk til Nasjonalt Kompetansesenter for amming og Grorud helsestasjon for hjelp og veiledning med intervjuguide før avreise til Argentina.

Takk til veileder Per Lagerløv for gode råd og støtte underveis.

Abstract

Title: Conversations with Argentinean mothers about breastfeeding

Background

Today the benefits of breastfeeding are well known. WHO estimates that increasing the duration of exclusive breastfeeding may reduce child mortality with 13% and recommends exclusive breastfeeding for 6 months and in addition to other foodstuffs for 2 years. Today only 36% of children worldwide are exclusively breastfed at 6 months and 56% receive breast milk at the age of 2 years. In Argentina the statistics are similar, 50% of all children are breastfed upon discharge from hospital and only 36% at 6 months of age.

The University of Oslo and Universidad de Buenos Aires have established a research collaboration where one of the goals is to improve breastfeeding skills among doctors by implementing educational tools in hospitals and universities. To accomplish this, one must discover attitudes towards breastfeeding among mothers who breastfeed and do not breastfeed, so that the education is targeted where it is needed. This aim of this project was to contribute to this by investigating beliefs and attitudes towards breastfeeding among mothers at two primary health care centers in Buenos Aires.

Method

A structured interview guide was designed in collaboration with The National Research Center for Breastfeeding and Grorud Health Center. 17 mothers with children up to 6-7 months were interviewed at two different health care centers in Buenos Aires. The mothers were recruited at random by their attending physician when they visited the center for other purposes.

Findings

Of the mothers interviewed, 16 out of 17 breastfed their infant. They were positive towards breastfeeding, recognizing it as the optimal feeding choice for children up to 6 months. There were several other favorable factors present when compared to other studies. However, their knowledge and skills were not elaborate and they did not seem confident in their knowledge, making them vulnerable for breastfeeding cessation when facing troubles. In light of theory of transactional analysis the asymmetrical doctor-patient relationship may in part explain and possibly maintain their lack of independence.

Innledning

Amming anbefales som eneste ernæring til barn er 1/2 år gamle og i tillegg til annen kost frem til 2 års alder (1). Ammehyppigheten i verden i dag er lav, i følge tall fra UNICEF fullammes kun 36 % av barn til de 1/2 år og kun 56 % får fremdeles morsmelk når de er rundt 2 år gamle (2). Norge som andre land ønsker å arbeide for at FNs Tusenårsmål om å redusere barne- og mødredødeligheten nåes (3). Det er i dag godt dokumentert at amming er gunstig for både mor og barn (4) og å få flere kvinner til å amme et av de viktigste tiltakene for å fremme barnehelse. Det kan i følge WHO redusere dødeligheten for barn under fem år med 13 % (5).

I Argentina er ammehyppigheten lav, kun 50% blir ammet like etter fødsel og ved 6 måneders alder har frekvensen sunket til rundt 36 % (6).

Universitetet i Oslo (UiO) har etablert et samarbeid med Universidad de Buenos Aires (UBA) som omfatter forskning og studentutveksling mellom de medisinske fakultetene. Et av satsningsområdene for forskningen er å øke ammehyppigheten i Argentina gjennom tiltak ved helsestasjoner. Helsestasjoner ble valgt fordi økning av kompetanse og ressurser i primærhelsetjenesten er det som gir mest igjen for pengene (7). Flere data peker også i retning av at både støtte fra helsepersonell og annet trenet personell øker varigheten av amming i land der ammehyppigheten er lav (8) og at legens råd for når man skal slutte å amme er viktig (9). Derfor er et av målene for samarbeidet å danne grunnlag for utdanning av leger og helsepersonell ved UBA og på helsestasjoner. Første trinn er å avdekke hvilke tanker kvinner selv har om amming og morsmelk for å identifisere faktorer som fremmer og hemmer amming.

Jeg har intervjuet kvinner fra to utvalgte helsestasjoner i Buenos Aires med det som mål. Intervjuene gjorde jeg da jeg var utvekslingsstudent ved Universidad de Buenos Aires (UBA). Metoden for oppgaven er individrettet samtale analysert med kvalitativ metodikk.

Helsevesenet i Argentina

Kvinnene jeg intervjuet var hovedsakelig brukere av statlig finansierte helsestasjoner som er en del av det gratis offentlige helsetilbudet alle argentinere kan benytte seg av. Størsteparten av brukerne er uten jobb og uten helseforsikring. De som har helseforsikring har enten «obra social», privat forsikring eller begge deler. Obras sociales er helseforsikringer organisert av arbeiderbevegelsen og er også navnet på deres paraplyorganisasjon. De som dekkes av obras sociales arbeider i offentlig registrerte foretak. Det finnes omtrent 300 ulike forsikringsprogrammer under obra social og de gir ulike rettigheter. Privat sektor består en rekke ulike private forsikringer som finansieres av private foretak. I 1999 var 37,6 % av

den argentinske befolkningen uten forsikring, 50,2 % var dekket av obra social, 7,9% hadde privat forsikring og 4,2% hadde privat forsikring i tillegg til obra social (10).

Metode

Metoden som er valgt i denne prosjektoppgaven er kvalitativ analyse av strukturerte intervjuer. Studien skulle utføres i et spansktalende land og det var viktig at språk- og kulturforskjeller preget intervjusituasjonen i så liten grad som mulig. Jeg kunne ikke spansk før jeg dro på utveksling og det gjorde språkforståelse til et viktig moment i valg av metode. Det var derfor naturlig å velge en strukturert form. Intervju ble valgt til fordel for spørreskjema da vi ikke visste hvilke svar disse kvinnene ville komme med. Vi måtte ha muligheten til å få tak i momenter og betraktninger vi ikke visste om på forhånd. Den best egnete metoden var da strukturerte intervjuer av enkeltpersoner. Det ville fange opp mer enn et spørreskjema, men samtidig kunne oversettes av en tolk. Personlige intervjuer ville også gjøre det lettere å opprette god kontakt med intervjuobjektene og jeg ville få mulighet til å utdype og forklare spørsmål og oppklare misforståelser underveis. Intervjuet ble strukturert i ulike temaer det var naturlig å belyse med ett eller flere spørsmål under hvert tema. Der under hadde vi mulige svaralternativer. Svaralternativene skulle ikke være bindende, men kunne brukes hvis jeg stod fast under intervjuet og for å gi eksempler til personen som ble intervjuet. Den var designet til å brukes på både kvinner som ammet og ikke ammet.

Intervjuguiden ble utformet av meg og veileder i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet og Grorud helsestasjon. I tillegg til innspill fra dem gjorde vi søk i PubMed på kvalitative studier om amming og hvilke faktorer som er medvirkende til at mødre i andre deler av verden henholdsvis ammer eller ikke ammer. Vi søkte deretter om godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) for å gjøre slike intervjuer i Norge. I Argentina er det ikke en etisk komite som godkjenner medisinsk forskning som skal gjøres, der er det legen som bestemmer og pasienten som eventuelt reserverer seg. Derfor ønsket vi å få dette prosjektet godkjent av REK. Intervjuguiden ble godkjent så fremt prosedyrer for invitasjon, rekruttering og anonymitet ble fulgt. Vi prøvde deretter ut intervjuguiden i en pilot ved Grorud helsestasjon. En helsesøster rekrutterte 3 kvinner, to som ammet og en som ikke ammet, som ble intervjuet. Det ble ikke gjort endringer i guiden som følge av pilotstudien. Intervjuguiden ble så oversatt til spansk.

Argentina samarbeidet jeg med overordnet lege og underviser i pediatri ved et sykehus i Buenos Aires, heretter benevnt som CN. Han gjorde noen få språklige endringer på intervjuguiden og la til et spørsmål om seksualitet og amming. Intervjuene ble gjort ved to ulike helsestasjoner, kalt helsestasjon A og B. Kvinnene som ble rekruttert til studien var kvinner som tilfeldigvis var til konsultasjon hos helsestasjonslegen ved helsestasjonen A eller til konsultasjon hos en av legene ved helsestasjon B. Helsestasjonslegen ved helsestasjon A var også min kontaktperson. Alle kvinnene hadde barn som var 6-7 mnd eller yngre. Det var legene som rekrutterte og jeg visste ikke om kvinnene ble spurt om de ammet

eller ikke ammet.

I alt intervjuet jeg 17 kvinner. Tretten av intervjuene gjorde jeg ved helsestasjon A, ti helt alene og tre med hjelp av en psykolog som jobbet der. Hun kunne ikke engelsk, men forklarte uttrykk på et enkelt spansk så både jeg og kvinnene forstod hverandre bedre. Fire intervjuer ble gjort av CN der jeg var tilstede under intervjuene og kunne komme med innspill. Samtalene ble tatt opp på lydbånd og jeg noterte også sentrale poeng underveis. Etterpå ble intervjuene transkribert på norsk og kondensert etter metode beskrevet av Kvale (11).

Litt om de to helsestasjonene - basert på informasjon fra CN

Helsestasjon A ligger i en bydel utenfor sentrale Buenos Aires og er i følge CN preget av store sosioøkonomiske forskjeller. Helsestasjonen er en del av det offentlige helsetilbudet i Argentina og har omtrent 2000 konsultasjoner i måneden, fordelt på noen få leger, helsesøstre og psykolog. Den eies av det som tilsvarer kommunen i Norge (og legene får da også lønn fra kommunen. De som jobber der tjener ikke mye per måned så fremt de ikke også er ansatt i det private markedet.) En stor andel av de som bruker denne helsestasjonen bor i svært fattige nabolag der gatene er av jord og husene er satt sammen av tre, papp og metallkonstruksjoner. Hele familien har gjerne ett rom, verken innlagt vann eller kloakk, kun strøm. Innbyggerne i slike områder har ikke helseforsikring og benytter seg derfor av det offentlig finansierte tilbudet. Helsestasjonen tar hovedsakelig imot mødre med barn mellom 0 og 3 år, men nekter ikke eldre barn hvis de spør. De fleste fra disse områdene har fullført grunnskole, men noen er analfabet.

Helsestasjon B ligger i et middelklassestrøk omtrent 2 km utenfor bykjernen av sentrale Buenos Aires. Det er en privat helsestasjon der CN er sjef. For å bruke helsestasjon B må man ha helseforsikring, enten privat eller obra social, noe som i praksis betyr at man må ha en jobb. Brukerne av helsestasjonen er ofte par under 30 år som bor i samme hus som den ene partens foreldre. De har hus med innlagt vann, kloakk og strøm. De fleste tjener rundt 10 000 USD i året. CN fortalte også at de fleste barna ble ammet til mødrene deres måtte tilbake i arbeid tre måneder etter fødsel.

Resultatdel

I utgangspunktet skulle jeg gjøre alle intervjuene ved helsestasjon A og jeg trodde avtalen var at jeg skulle gjøre intervjuene med tolk. Da jeg kom til første intervjudag ble jeg derimot plassert alene på et lite undersøkelsesrom som kun stod i forbindelse helsestasjonslege As kontor. Hun plukket ut de kvinnene som skulle intervjues og sendte de videre inn til meg. Jeg sa at jeg ønsket å intervju kvinner med barn opp til 6-7 måneder. Der jeg satt inne på kottet hadde jeg ingen oversikt om hun sendte inn alle som hadde barn i riktig alder, eller om hun valgte bort de som ikke ammet eller gjorde andre selektering. Jeg visste heller ikke om det var noen kvinner som ikke ønsket å delta og som nektet eller som ikke ønsket å delta, men ikke turte å si fra. Fra kottet hørte jeg noen ganger at legen forklarte kvinnen som var til konsultasjon om at hun nå skulle intervjues av en norsk lege og at spørsmålene handlet om amming.

Første dag ved helsestasjon A gjorde jeg ti intervjuer. Legen brukte ikke lang tid på en konsultasjon og det førte til et visst tidspress inn på kottet der jeg satt ettersom kvinnene ble sendt inn til meg etterpå. De fleste intervjuene varte rundt 20 min, omtrent halvparten av varigheten til intervjuene i pilotstudien. De fleste kvinnene svarte det samme på mine spørsmål og nesten ingen kom med utdypende kommentarer da jeg spurte. Etter ti intervjuer hadde jeg fått omtrent de samme svarene fra alle. Det virket som de syntes situasjonen var ubehagelig. I tillegg snakket jeg dårlig spansk og var ikke alltid lett å forstå. Jeg hadde sett for meg intervjuer med tolk som gikk i dybden på hva kvinnene tenkte om amming, men det ble ikke tilfelle, de fleste svarte kort, gjerne ja, nei og vet ikke.

Jeg prøvde å formidle til legen jeg samarbeidet med at jeg opplevde situasjonen som svært krevende da jeg ikke snakket godt spansk. Påfølgende dag fikk jeg hjelp av en psykolog som jobbet ved helsestasjonen. Jeg vet ikke om hun ble hentet inn for å hjelpe meg eller om hun egentlig skulle jobbe der den dagen, hvorvidt hun fikk betalt eller jobbet gratis. (Det var i det hele tatt vanskelig for meg å få tak på hvem som gjorde hvem tjenester og hvordan avtaler ble inngått.) Hun snakket ikke engelsk, men forklarte spørsmålene til kvinnene slik at de forstod og snakket til meg på et så enkelt spansk at jeg også forsto hva kvinnene sa. Vi fikk ikke gjort mer enn tre intervjuer fordi det midt på dagen begynte å regne. Psykologen forklarte at de da stengte helsestasjonen av den grunn at det ikke kom til å komme flere kvinner fordi regnet gjorde jordveiene kvinnene brukte ufremkommelige.

Etter tilsammen tretten intervjuer ved helsestasjon A var mitt inntrykk at jeg hadde intervjuet en homogen gruppe kvinner. Alle var fra samme sosioøkonomiske klasse og de hadde svært likt syn på amming. I hvertfall ga de alle de samme korte svarene. Jeg følte at både de og jeg opplevde intervjusituasjonen som krevende.

Jeg forklarte min opplevelse av situasjonen til CN. At disse kvinnene var svært vanskelig å få i tale, spesielt da jeg ikke snakket flytende og at de alle svarte det samme. CN var ikke overrasket og tilbød meg å gjøre intervjuer ved helsestasjon B, der han også var sjef. Da ville jeg få mulighet til å snakke med kvinner fra en annen og ikke fullt så fattig bydel og se om andre synspunkter dukket opp. Der var det CN som gjorde intervjuene og jeg hørte på og kom med innspill der jeg ønsket mer utdypende svar. CN holdt seg til guiden og leste opp alle svaralternativene og haket av der kvinnene svarte «ja». Jeg tok opp intervjuene på lydbånd. Noen ganger ble jeg spurt om min mening og da prøvde jeg å svare så godt jeg kunne. Svarene kvinnene ved helsestasjon B ga var ikke veldig ulike de ved helsestasjon A.

Intervjuene – strukturert etter intervjuguide

Om mor og barn

Mødrenes alder strakk seg fra seksten til trettiåtte år. De hadde barn som var fra seks dager til sju måneder gamle. Seks mødre bodde sammen med en eller flere av sine eller barnefarens foreldre og to mødre var alene med barnet. Ni bodde sammen med barn og barnefar. I intervjuguiden var det ikke spørsmål om hvorvidt kvinnene var i jobb eller ikke, men det kom ofte frem under spørsmålet om arbeidsplassen var støttende i forhold til ammingen.

Om amming i tiden like etter fødsel

Av de sytten var det kun én mor som på daværende tidspunkt ikke ammet barnet sitt. Alle kvinnene som hadde mer enn ett barn hadde tidligere erfaring med det å amme. På spørsmål om de selv hadde blitt ammet som barn var det to som visste at de ikke hadde blitt ammet og femten visste at de selv hadde blitt ammet av sin mor.

Ti av kvinnene fikk barnet lagt til brystet kort tid etter fødsel. Hos sju hadde det tatt fra en time til flere dager fordi barnet måtte ligge i kuvøse eller motta annen behandling. Det ble det ikke gått nærmere inn på under intervjuet. Tre av de sytten mødrene fortalte at barnet hadde fått morsmelkerstatning mens de var på sykehus pga komplikasjoner rundt fødsel. En mor hadde gitt barnet sitt erstatning fordi hun følte at barnet ikke la på seg nok, og en siste på grunn av soppinfeksjon. På spørsmål om hvor ofte de ammet var det få som hadde tellingen, de sa at de ga når barnet skrek eller de trodde barnet var sultent. Kun én av mødrene sa at hun hadde fått beskjed om å gi bryst hver tredje time. Hun følte seg imidlertid ikke komfortabel med det og valgte å gi oftere. Alle kvinnene oppga at de ønsket å starte med fast føde ved omkring seks måneders alder fordi de hadde fått beskjed om det av legen. De som hadde barn på seks måneders alder hadde begynt å innføre fruktjuice, youghurt, fruktpureer og grønnsakpureer av potet, gulrot eller gresskar og kylling.

Motivasjon

Alle mødrene som ammet forklarte det med at det var det beste for barnet. På spørsmål om hvorfor de syntes det var bedre å gi morsmelk enn erstatning ble de mer nølende. Mange nevnte «vitaminer», at morsmelken inneholdt vitaminer, men jeg fikk ikke inntrykk av at de hadde noe forhold til hva vitaminer egentlig var. De kom med utsagn som: «Man må gi» og «det gjør henne veldig godt», «hun ernæres bedre», «hun kommer til å vokse bedre», «hun kommer ikke til å bli syk så lett», «det er det fineste som finnes». Noen nevnte at barnet fikk bedre forsvar mot sykdommer og alle svarte «ja» da de ble spurt om det. Det virket ikke som noen hadde stilt seg selv spørsmålet om hvorfor det var bra å amme før jeg stilte det.

På spørsmål om de ammet for å få fysisk kontakt svarte de fleste ja, men nesten ingen sa det uten å bli direkte spurt. Det gjaldt også de andre momentene som at det gir en god relasjon til barnet og om det gir den beste relasjonen mellom mor og barn. Ofte fikk jeg følelsen av at de følte at jeg testet deres kunnskap og det gjorde situasjonen ubehagelig for både meg og intervjuobjektene.

Den ene moren som ikke ammet fortalte at hun hadde sluttet å amme etter to måneder fordi det ikke kom nok melk og babyen ble irritabel. Moren og søsteren hennes hadde begynt å gi barnet flaske for at det skulle vokse. Da det til slutt ikke kom mer melk fra bystene sluttet hun helt.

Ammeproblemer

På spørsmål om hva som er det vanskeligste å amme kom det veldig mange forskjellige svar. Noen syntes det vanskeligste var å amme foran folk, noen å vite om barnet var mett, å få barnet til å feste seg til brystet, at det tok mye tid og noen kom ikke på noe som var vanskelig. En syntes det vanskeligste var om man ammet og et av de andre barna krevde oppmerksomhet. Ingen så på det som et problem å ha seksuelle relasjoner i tiden de ammet.

Amming som plikt

Ingen så på amming som en plikt overfor religionen, barnefaren eller familien. Dette spørsmålet skapte en del forvirring og de kvinnene jeg intervjuet alene på helsestasjonen på Tigre som svarte at det var en plikt hadde vanskelig for å utdype hvem eller hva det var overfor. En sa at hun ikke kunne forklare hvorfor, mens de andre sa at det var en plikt overfor barnet, at når en har brakt et barn til verden er det ens plikt å ta vare på det og det innebærer å amme. En kvinne sa at hennes mor hadde fortalt henne at «Å ikke gi pupp er det samme som å ikke være mor». Det ble sagt under et av intervjuene der psykologen var tilstede og hun mente selv dette var et eksempel på hvordan forrige generasjons kvinner fra samme klasse som de kvinnene jeg intervjuet tenkte på det å ikke amme som noe naturstridig.

Miljøet rundt kvinnen

Miljøet rundt kvinnene støttet opp om ammingen og oppfordret de til å amme, både barnefar, mor og svigermor. Det var bare et par av kvinnene som hadde jobb, så spørsmålet om jobben var støttende ble mer ubehagelig enn opplysende. Når det gjaldt hva kvinner fortalte hverandre om amming svarte de at de ikke snakket så mye med andre kvinner om dette temaet, men at det generelle inntrykket var at andre kvinner mente det var bra å amme. Det virket ikke som om de hadde utstrakte venninnegjenger, men at de var mest sammen med nærmeste familie og at det var her de hentet informasjon. Psykologen omformulerte «Hva forteller kvinner hverandre om amming» til «Folk du kjenner som er like gamle som deg» for å oppklare. De kom med svar som «de sier det er bra» og «det er det sunneste for barnet». Psykologen fortalte også at det var vanlig å gi pupp til barna var 1-1 1/2 år og at barna gikk direkte fra pupp til kopp og at mange derfor aldri var innom tåteflasken. Det sa intervjuobjektet seg enig i.

Kunnskap om morsmelk

Dette avsnittet var kanskje det der kvinnene følte de ble satt mest på prøve og det skapte ofte en litt ubehagelig stemning. Spørsmålet var vanskelig å forstå og ikke enkelt å vite svaret på, selv om det kanskje hadde blitt nevnt inne hos legen like før. Jeg begynte først med å stille spørsmålet slik det var formulert i guiden (er det noe en kan gjøre dersom brystene ikke lager nok melk), men måtte stille det på en annen og enklere måte under alle intervjuene. Jeg spurte om det for eksempel var noe en kunne spise, drikke eller gjøre for å få mer melk i brystene. De aller fleste svarte først at de ikke visste, men deretter at det var lurt å drikke rikelig med vann og mate cocido. Mate cocido (31) er en tradisjonell urtedrikk som er vanlig i flere latinamerikanske land. Å drikke mate er en del av argentinsk kultur og en drikk det er knyttet spesielle regler til.

Kun to sa at man kunne legge barnet til brystet for å stimulere melkeproduksjonen. Noen sa at man måtte ha et sunt kosthold og spise kjøtt og grønnsaker. Nesten alle svarte «vet ikke» på hva som kunne minske melkeproduksjonen. Mange vegret seg under denne delen av intervjuet og det virket som de trodde jeg testet deres kunnskap. En sa at hun trodde sterk mat virket negativt inn, mens en annen at man ikke burde spise hodekål eller blomkål og heller drikke for mye koffeinholdige drikker. Mange mente stress påvirket melken negativt og tre kvinner fortalte at de selv hadde opplevd at stressende hendelser hadde minsket deres egen melkeproduksjon. «To måneder etter at jeg fikk mitt andre barn døde faren min og melken stoppet». Hos en annen kvinne var det brudd med barnefaren som var årsaken. Mange mente at sterke følelser som angst gikk over i melken og gjorde barnet stresset og urolig. Forskjellen på morsmelk og morsmelkerstatning var det svært få som hadde noe klar formening om. Mange sa at de trodde det var mer vitaminer i morsmelken og noen at den også inneholdt mer protein enn erstatning. En sa at det var mer jern og calcium i morsmelken, men at erstatning fikk dette tilsatt slik at de liknet

hverandre. Alle var bestemt på at morsmelk var det absolutt beste å gi. «Menneskemelk er for mennesker, kumelk er for kyr», «Det er opplagt at morsmelk er bedre enn den andre». Flere nevnte at morsmelken inneholdt næringsstoffer fra maten moren spiste og at erstatning var mer usunn på grunn av konserveringsmidler og kjemikalier, men at den mettet mer.

Barnet

Nesten ingen av mødrene kjente til barn som ikke hadde blitt ammet, og mange hadde ikke noen formening om det var noen forskjell mellom barn som hadde fått morsmelk og morsmelkerstatning eller mellom mødre som ammet og ikke ammet. Hvis det var en forskjell, måtte det være at de barna som ble ammet var friskere, vokste bedre og var mer våkne og livlige. En mente at det var mer lettvtint å ikke amme; «De som ikke ammer orker ikke å lide» og en annen at mødre som ga erstatning ikke beskyttet barnet sitt like godt som de som ammet, men lot det være mer alene. Flere sa at de som ikke ammet ikke fikk den samme nærheten til barnet. En kvinne kom med det økonomiske perspektivet: «De som jobber eller har mye penger, de gir flaske. De som ikke har så mange midler de gir pupp, for det (erstatning) koster fem pesos per eske». Andre igjen mente at det ikke var noen forskjell.

Kropp

Når det gjaldt ammingens påvirkning på kroppen sa alle at de fikk strekkmerker og «hengebryster», men at de ikke brydde seg noe om det. «Det er en del av livets syklus». Ingen tenkte at amming verken var skadelig for kroppen eller gunstig for kvinnens helse. De fleste trodde det på en eller måte var bra for helsa på direkte spørsmål, men ingen nevnte at reduserte risikoen for brystkreft. Noen trodde kroppen raskere ble som før fødsel hvis de ammet, men de fleste var ikke sikre på dette. De virket heller undrende til disse spørsmålene.

Helsevesenet

Alle hadde blitt fortalt av helsepersonell at det var viktig å gi pupp og at morsmelk var den beste næringen for barnet. De visste ikke om stabil melkeproduksjon kom først etter en måned. En kvinne fortalte CN at hun var redd for å gå tom for melk fordi hun ammet mer enn hver tredje time. Hver dag fryktet hun at det kanskje ikke kom til å komme mer melk. CN forklarte henne da at jo mer hun ga, desto mer melk produserte hun. Hun sa senere at hun følte seg godt ivaretatt av helsevesenet.

Alle kvinnene sa at opplevde at helsevesenet oppfordret alle til å gi bryst og at de ville prøve å overtale en kvinne til å amme dersom hun ikke gjorde det. De mente at amming kom naturlig, men at det var nødvendig å bli vist hvordan de skulle legge barnet til brystet og hvordan barnet skulle suge. Mange hadde fått instruksjoner, men nesten alle sa at de følte de ikke hadde fått nok informasjon om dette. Da

jeg spurte hva de savnet, var det ingen som kunne si noe konkret. Det virket som om det var ubehagelig å komme med kritikk mot legene. Det de visste om amming hadde de fra familien, virket det som. Noen forsto ikke spørsmålet.

Diskusjonsdel

Utgangspunktet for intervjuene var å finne ut hva kvinnene tenkte om amming og om det var faktorer som fremmet eller hemmet amming som man kunne bruke i utvikling av et undervisningsopplegg for leger og studenter. Intervjuene med kvinnene gikk ikke i dybden slik det er ønskelig for en kvalitativ undersøkelse og det gjør tolkning av resultatene utfordrende. Men det kom frem en hel del opplysninger som jeg skal forsøke å sammenligne med annen litteratur.

Det som slo meg under intervjuene var kvinnes tilbakelholdenhet og tydelige ubehag. I siste del av resultatdiskusjonen har jeg derfor valgt å tolke kvinnes væremåte. Helt til slutt er en metodediskusjon.

Resultatene sammenlignet med litteratur

Det ble ikke spurt direkte om utdanningsnivå eller om de hadde jobb, men det kom frem at svært få hadde arbeid da jeg stilte spørsmål om arbeidsplassen deres var positiv i forhold til amming. I Norge og andre vestlige land er det kvinner med høyest utdanning som ammer lengst (12,13). I en cohortstudie fra Cordoba i Argentina der de så på ammepraksis av 650 barn, fant de at ammehyppigheten var høyere hos kvinner med delvis fullført grunnskole eller mindre enn hos kvinner med mer utdanning (14), altså omvendt av det forhold man finner i Norge. Kvinnene jeg intervjuet representerer kanskje kvinner med lav utdanning som ammer mest. Andre studier finner at sammenhengen mellom utdanningsnivå og amming er svært kompleks. I en artikkel fra Brasil fant de at det i noen miljøer er positiv korrelasjon mellom utdanning og amming, mens det i andre er motsatt (15).

Jeg fant også en positiv holdning til amming og alle fortalte meg at de ammet fordi morsmelk var *den beste næringen for barnet*. Det var noe med melken som gjorde den overlegen erstatningen. De kalte det oftest «vitaminas» (vitaminer) og «defensa» (forsvar) og det gjorde at barnet deres vokste bedre og ikke ble sykt så lett. I to ulike litteraturstudier er positiv holdning til amming funnet å påvirke ammelengde i stor grad (16,17).

Kun én kvinne hadde hatt så store problemer at hun måtte gå over til morsmelkerstatning fordi hun følte hun ikke hadde nok melk til barnet sitt. Opplevelse av at man har for lite melk er den vanligste årsaken til at kvinner slutter å amme i Argentina (18) og også her i Norge (19). Selv om det ikke var grunn til å slutte å amme, svarte mange bekreftende på at de kunne være usikre på om barnet fikk nok næring, om melken var bra nok og om barnet la på seg nok. Dette er vanlige årsaker til at kvinner oppgir at de ikke ammer (20). Slike opplevde problemer kan føre til at mødre gir morsmelkerstatning i stedet for eller i tillegg til ammingen, og tidlig introduksjon av erstatning har sammenheng med tidlig avvenning (14).

Andre ammeproblemer er at barnet ikke fester seg godt nok til brystknoppen eller at moren tenker at barnet ikke ønsker morsmelk (19).

De jeg intervjuet hadde hatt vanskeligheter, men ikke så store at de sluttet å amme. I artikkelen «Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 review» fant Dennis noe av det samme i flere studier; at kvinner har vanskeligheter som smerte og ubehag, men at det ikke er årsak til å slutte å amme (16).

Kvinnene hadde enten partner eller annen familie som støttet avgjørelsen deres om å amme. Holdningene til miljøet rundt var ikke i konflikt med kvinnenes egen holdning. Holdningen til kvinnens partner har blitt identifisert som en av de viktigste faktorene for om kvinner ammer eller ikke (16, 21) og flere studier har funnet at det å ha en partner som er positiv til amming er av stor betydning (8, 16, 21, 22).

Kvinnene jeg intervjuet hadde tilsynelatende lite kunnskap om hva som skilte morsmelk fra morsmelkerstatning, hva som påvirket melken og melkeproduksjonen. De nevnte «kjemikalier» i erstatningen og igjen «vitaminer» i morsmelken i tillegg til andre stoffer. De hadde heller ingen kunnskap om hvordan amming påvirket deres egen helse positivt, det hadde ikke blitt kommunisert av legene til noen av kvinnene. I andre studier har man funnet at kvinner med mye kunnskap om amming og morsmelk fullammer lengre enn kvinner med lite kunnskap (23, 24).

De opplevde å ha støtte fra helsearbeidere, og det er vist å ha positiv effekt på kvinners ammelengde (8).

Kvinnene sa at det var en plikt overfor barnet å amme. Det å amme kan i så måte sees på som en moralsk valg (25) der en god mor gjør det som er best for sitt barn. En kvinne sa også at det å være mor betydde at man måtte amme, som om det var en naturlov. De ammende kvinnene gjorde sin moralske plikt overfor sitt barn og trengte derfor ikke forklare hvorfor. Kvinnen som ikke ammet sa at plikten var å ta vare på barnet. Hun sluttet å amme fordi hun hadde for lite melk som igjen gjorde at barnet ikke vokste nok. Det var altså ikke noe hun hadde bestemt selv, men noe som var utenfor hennes kontroll. Når det beste for barnet er å gi bryst, må de som ikke gjør det ha en legitim grunn for å la være (25). Kun da slipper man «beskyldninger» som at man «ikke orker å lide» eller at man «lar barnet sitt være mye alene», som to av kvinnene mente var sant om kvinner som ikke ammet.

Slik oppsummert var det altså mange identifiserbare faktorer tilstede hos kvinnene jeg intervjuet som er funnet å korrelere positivt med amming, og de så på amming som en viktig del av morsrollen. Og alle med unntak av én ammet. Det hadde jeg ikke forventet i et land der ammehyppigheten er lav. De ammet fordi de mente det var det beste for barnet. Alle ble fulgt opp av en lege som sa at de skulle amme og at

fast føde skulle innføres når barnet var seks måneder. De mente at morsmelk inneholdt stoffer som beskyttet mot sykdommer, men utenom det hadde de tilsynelatende lite kunnskap om morsmelk og hva som påvirket melkeproduksjonen.

Etter å ha gjort sytten intervjuer satt jeg igjen med en følelse av å kun ha vært på overflaten. Jeg opplevde at mange av kvinnene syntes det var ubehagelig å bli «eksaminert» av en utenlandsk doktor. De svarte sjelden utdypende og det virket på meg som om hele intervjusituasjonen var ukjent og gjorde de utilpass. De jeg intervjuet hadde lite skolegang, de var fattige, og få hadde arbeid. De fleste var passive under intervjuene. Mine språkvansker bidro til denne følelsen av å ikke nå helt inn i deres verden, jeg hadde vansker med å formulere meg. Den fysiske rammen rundt de fleste intervjuene var et trangt kott der jeg og intervjuobjektet satt rett ovenfor hverandre i hver vår stol. Alt dette, i tillegg til et visst tidspress, var med på å skape en atmosfære som ikke var helt optimal for en avslappet samtale om amming.

Utfordrende omstendigheter tror jeg imidlertid ikke kan forklare alt. Hva annet var det som gjorde at så mange av kvinnene ble unnvikende? Tilsynelatende var det mange positive faktorer tilstede, men jeg satt likevel igjen med en følelse av at disse kvinnene ikke var rustet til å møte utfordringer i forhold til ammingen. De var veldig positive til amming, men da jeg spurte nærmere kunne de ikke fortelle meg nøyaktig hvorfor. Jeg skal nå prøve sette det inn i teoretisk rammeverk med størst vekt på transaksjonsanalyse fordi det kan kaste lys over kvinnes oppførsel. Spørsmålene i intervjuguiden ble ikke strukturert eller laget med tanke på det, så dette blir et forsøk på å tolke situasjoner, utsagn og holdning på bakgrunn av det jeg så og opplevde og med min sparsomme språk- og kulturforståelse. Det er også viktig å presisere at ikke alle kvinnene var like. Noen var selvhevdende og sterke, mens andre var lite selvhevdende og nærmest unnskyldende i sin fremtoning.

Resultatene i et teoretisk rammeverk

Transaksjonsanalysen ble utviklet på 1950-tallet og ble opprinnelig brukt som psykoterapeutisk analyse. I dag brukes den som et verktøy til å analysere samspill mellom mennesker. Den bygger på idéen om at mennesket har ulike egotilstander; foreldre, voksen og barn der «En 'egotilstand' er et 'system av følelser ledsaget av et tilpasset system av atferdsmønstre' (Berne 1975)» (26). Teorien til Berne var at alle har disse ego-tilstandene og bruker de i kommunikasjon med andre mennesker, altså at man har barn-, voksen- eller foreldreatferd i visse sosiale sammenhenger.

På helsestasjonen var forholdet mellom lege og pasient svært asymmetrisk. I et transaksjonsanalytisk perspektiv var forholdet som et mellom forelder og barn der legen under konsultasjonen var i sin forelder og pasienten barnet. En som oppfører seg som forelder og er i sin forelder-egotilstand gir

ordre som ikke trenger forklaring, lik en autoritativ forelder eller leder som forteller sitt barn eller sin underordnede hva hun skal gjøre. Forelderen trenger ikke begrunne sin beslutning for barnet sitt. På helsestasjonene trengte heller ikke legen forklare grunnlaget for sin avgjørelse til pasientene.

Kvinnene på sin side godtok legens svar og råd uten å stille spørsmål. De var i sin barne-egotilstand og mye av det de svarte under intervjuene var informasjon de aksepterte uten forbehold eller kritikk. Mye av det de sa til meg var trolig gjentakelser av det legen hadde sagt og ikke noe de hadde reflektert over eller vurdert kritisk. Dette gjaldt særlig de yngre kvinnene som var svært tilbakeholdne og virket utilpass da jeg intervjuet dem. De hadde kanskje ikke fått utvikle det som i transaksjonsanalysen kalles sin voksen-egotilstand. Det er et atferdsmønster preget av analytisk og saklig tilnærming til situasjoner og det kom ikke tydelig frem for meg under intervjusituasjonen.

Denne type samspill mellom lege og pasient påvirker måten informasjon blir gitt på. Legene på helsestasjonene hadde fortalt kvinnene at det var bra å amme og at de måtte amme. Kvinnene hadde også fått vite at det ga barnet bedre helse og fått noen hint om at det beskyttet mot sykdom. Men noe mer enn det visste de ikke. I en slik relasjon trengs det ikke detaljer og det er ikke rom for diskusjon, legen ga en kommando som kvinnene adlød. Da jeg så kom inn og spurte om hvorfor de ammet er det ikke rart at kvinnene syntes det var ubehagelig. Det var ikke en del av deres 'mandat' å spørre om eller få slik informasjon. Ubegrepet kom derfor ikke bare fordi de ikke kunne svare på et spørsmål, men fordi denne informasjonen aldri hadde blitt krevd av dem, verken fra noen lege eller familie. Spørsmålene i intervjuguiden krevde at de inntok en voksenrolle. Det var en annen rolle enn den de forventet eller ønsket å innta. Reaksjonsmønsteret deres da de havnet i denne situasjonen opplevde jeg mer lik et barns, følelsestyrt og unnnvikende, i motsetning til en voksens, som kanskje ville vært mer nysgjerrig og interessert. Kvinnene hadde lite skolegang, få ressurser og lav status. På helsestasjonen mottok de gratis hjelp i fine lokaler og møtte en allvitende «Doctor». Det er ikke vanskelig å tenke seg at dette preget deres reaksjonsmønster til å bli underdanig i stedet for utfordrende og spørrende. Legene tok på seg foreldrerollen ved at de var strenge mot sine pasienter. De kunne noen ganger kjeftte dersom pasienten ikke hadde gjort som legen sa og ville ikke høre på bortforklaringer. I transaksjonsanalysen blir denne ego-tilstanden kalt «kritisk forelder» og er preget av rigid og autoritær holdning.

Foreldre-barn-forholdet kom også til syne jeg spurte de om hva slags informasjon eller hjelp kvinnene følte de savnet fra helsevesenets side. Mange hadde like før sagt at de ikke hadde fått nok informasjon, men da jeg ba de om å komme med kritikk mot helsevesenet og legen sin som satt i naborommet fikk jeg igjen det unnnvikende svaret 'jeg vet ikke' av alle og enhver. Med tanke på at legen hadde så stor makt i relasjonen er det ikke så rart at de ikke følte seg berettiget til å komme med kritikk. Det ble for mye å be om, kanskje hadde de aldri før blitt bedt om det heller. Å kritisere sin forelder som helsevesenet og legen

representerer samsvarte ikke med deres rolle som tilpassede og føyelige barn.

Dette skjeve maktforholdet og kvinnes manglende evne til å hevde seg gjør dem, etter min oppfatning, svært sårbare for feil informasjon og råd fra familie og leger. Derfor kan man ikke slå seg til ro med å gi kvinner overfladisk informasjon om at «amming beskytter barnet ditt mot sykdom». Ved første øyekast kan det virke tilfredsstillende, men jeg tror ikke den kunnskapen stikker så dypt. I artikkelen «Infant-feeding practices and beliefs among low-income Brazilian mothers: A qualitative study» (27) fortalte fattige brasilianske kvinner også at morsmelk var absolutt best fordi det ga babyen «forsvar» mot sykdommer i tillegg til at den var bedre for barnets generelle vekst og utvikling enn det erstatning var. En stor studie blant mødre med lav og middels inntekt i Colombia støtter disse funnene. Av 1004 mødre var det kun 4% som ikke visste at amming var det beste for barnet (28). Svært mange kulturer har grunnholdningen at morsmelk er «menneskemelk» i motsetning til erstatning som er «dyremelk» og at morsmelken derfor er sunnere og bedre for barnet enn erstatning (22). Den ene kvinnen som ikke ammet mener jeg viser at slik overfladisk kunnskap ikke er nok. Hun begynte å tvile på om melken hennes var bra nok fordi barnet hennes gråt mye. Selv om hun, som alle de andre kvinnene jeg intervjuet fortalte hvilke gode egenskaper morsmelken hadde, klarte hun ikke å ta i bruk den kunnskapen i møte med det vanskelige. Hun lot sin mor og søster ta over rollen som mor og de bestemte at barnet burde få morsmelkerstatning. Disse mødrene virket ikke å være i en posisjon til å stille krav og var fullstendig avhengig av å ha personer rundt som var tilgjengelig og støttende dersom problemer oppsto.

I barnerollen er man sårbar, avhengig av andre og ikke i stand til å hevde seg selv. Psykologen Albert Bandura innførte begrepet «self-efficacy» (29), som på norsk oversettes til mestringsforventning og tro på egne evner. «Self-efficacy» krever en modning av barnerollen, og ved å bli behandlet som en voksen lærer man å fungere som voksen. Å kunne hevde seg selv er viktig, flere studier har vist at kvinner med lav tro på egen evne til å amme faktisk ammer kortere og er mer tilbøyelig til å tro at de har for lite melk sammenlignet med de som har større tro på seg selv (16). Kvinnene jeg intervjuet var på helsestasjonen og derfor fanget opp av systemet. De kunne få barnet sitt veid og målt og få bekreftet eller avkreftet at barnet vokste som det skulle som bevis på at melken var god nok dersom de tvilte. Man kan spørre seg hvordan det stod til med kvinner som ikke kom seg til helsestasjonen.

I flere kulturer verserer det myter om morsmelk og spesielt kolostrum (22). Den blir av mange sett på som skadelig og årsak til oppkast og diare hos den nyfødte. I islamsk kultur frarådes det å gi kolostrum fordi den kan gi magekramper og den likner på puss. Også i mange asiatiske og afrikanske kulturer ses kolostrum på som farlig for barnet og kvinnene kvitter seg med den første melken og venter opptil tre dager før de begynner å amme (22). Jeg spurte ikke kvinnene om kolostrum spesielt, men da jeg lurte på hva som kunne påvirke melkeproduksjonen og selve melken kom de med eksempler på mange ulike

matsorter man måtte unngå, og noen sa også at følelser gikk over i morsmelken. Dette synet vitner om en overtro som ikke samsvarer med det kvinnene svarte om melkens positive egenskaper og heller et tegn på en tilbøyelighet til å tro på det som blir sagt av andre, og også en usikkerhet angående hva de egentlig gir til barnet sitt og om det virkelig er bra nok.

Problemet på verdensbasis er jo også nettopp at denne tvilen får kvinner til å slutte å amme før anbefalte seks måneder selv om de vet at det er sunt for barnet å få morsmelk. I artikkelen «Attitudes towards breastfeeding» (22) argumenteres det for at man må legge mer vekt på kvinners holdninger til amming enn på sosiodemografiske faktorer, da det er holdningene som i størst grad avgjør om kvinner ammer eller ikke. Og holdninger må komme fra noe en virkelig tror på og kan stå for. Kvinnene jeg intervjuet ble opplyst av legene i et ovenfra og ned- perspektiv. Kunnskapen de hadde var ervervet på en måte som underbygde deres underdanighet. Paulo Freire belyser dette i sin pedagogikk: «*"There is no such thing as a neutral education process. Education either functions as an instrument which is used to facilitate the integration of generations into the logic of the present system and bring about conformity to it, or it becomes the 'practice of freedom', the means by which men and women deal critically with reality and discover how to participate in the transformation of their world."* —Richard Shaull, drawing on Paulo Freire» (30)

Legenes ovenfra og ned-pedagogikk og måten de forholdet seg til kvinnene på som forelder kan altså være med på å vedlikeholde kvinnes rolle som «undertrykte» og deres hjelpeløshet overfor sin egen situasjon. Den kunnskapen de fikk var ikke deres, og det tror jeg gjør dem ute av stand til å bruke den riktig. I følge Freire forsterker et system basert på dominante sosiale relasjoner de undertryktes negative selvbilde. *En del av løsningen er at læreren (legen) utvikler en kritisk bevissthet som gjør han i stand til å se at den kulturen han er en del av er laget for å undertrykke.*

Metodediskusjon

Denne oppgaven skulle handle om amming, men etterhvert som den tok form ble det klart for meg at den handlet vel så mye om kulturforskjeller og det å gjennomføre et slikt prosjekt i et fremmed land uten å beherske språket tilstrekkelig. Vi valgte intervju som metode, en form som i utgangspunktet er asymmetrisk. Det er intervjueren som har faglig kunnskap om temaet, som definerer intervjusituasjonen og har monopol på å fortolke det informantene forteller (11). Under mine intervjuer gjorde stor klasse- og kulturforskjell asymmetrien enda større og intervjusituasjonen noen ganger ubehagelig. Mitt inntrykk av det argentinske samfunnet er dessuten at klasseforskjellene er mer tydelige enn i Norge. Dessuten at folk flest har stor respekt for leger og at det preger forholdet mellom lege og pasient og fortroligheten man som pasient kan tillate seg å ha. Det er kanskje slik at man har lettere for å prate med noen som likner en selv. Jeg fikk min mistanke forsterket da kvinnene ikke ble spurt om de ønsket å delta, de ble fortalt av helsestasjonslege A at de etter konsultasjonen *skulle* svare på spørsmål om amming fra en norsk lege. I ettertid ser jeg at det er etisk betenkelig, men der og da tenkte jeg at jeg ikke skulle blande meg inn. Ingen av kvinnene nektet å delta, men jeg tror det hadde vært vanskelig for de å si nei dersom de egentlig ikke ønsket.

Helsestasjonene jeg skulle gjøre intervjuer på var plukket ut av samarbeidspartnere til forskere ved UiO. Det lå nok også en stolthet hos legene der i at de skulle vise at de lærte «sine» mødre det de trengte å vite om amming. På helsestasjon A kom jeg inn og «testet» pasientene deres og kanskje de opplevde at jeg testet hvor god jobb legene hadde gjort i forhold til å få de i nærområdet til å amme? Da var det ekstra viktig at kvinnene ammet og helst ga gode svar.

Selv om det for hver kvinne jeg intervjuet gikk mer og mer opp for meg hvor store forskjeller det var mellom oss, syntes jeg det var svært vanskelig å skape en stemning som gjorde at kvinnene slappet helt av. Noen pratet fritt, men mange var veldig tilbakeholdne. En åpenbar medvirkende årsak til det var at jeg ikke behersket spansk godt nok til å få til en god samtale. Det påvirket intervjuene i stor grad, blant annet ved at jeg mange ganger under hvert intervju måtte spørre om de kunne gjenta det de hadde sagt og stille spørsmål om igjen. I et intervju er språket verktøyet begge partene bruker for å forstå hverandre og jeg mestret det ikke godt nok. Det gjorde meg usikker i situasjonen og til en noen ganger nølende intervjuer. Jeg klarte ikke å få de til å forstå at jeg gjorde intervjuene for å lære og ut av nysgjerrighet og i stedet oppstod det en avstand mellom meg og kvinnene. Vi hadde ingen felles kontrakt på hva samtalen skulle dreie seg om eller ende ut i. Ofte så de på meg med det jeg tolket som undrende øyne. De skjønnte ikke alltid hva jeg ville frem til med spørsmålene mine fordi de de var formulert på et veldig formelt spansk og noen ganger for abstrakte. Det forstod jeg først da jeg fikk tolkehjelp av psykologen andre intervjudag og hun omformulerte flere spørsmål som gjorde at kvinnene svarte mer utdypende. En kan

derfor spørre seg om de svarene jeg fikk representerer deres egentlige tanker om temaet eller om de ikke fikk fortalt så mye som de kunne ha gjort til en annen person. Under hvert spørsmål hadde jeg også «forslag til svar» som jeg kom med da kvinnene svarte «vet ikke». De påvirket kvinnene, de valgte ofte et av mine «svaralternativer», som de kanskje ikke hadde tenkt på før jeg sa det. Kanskje var ikke spørsmålene godt nok tilpasset intervjuobjektene til at svarene de ga ble pålitelige, og det påvirker intervjuets kvalitet (11).

I et kvalitativ intervju er intervjuerens forhåndskunnskap avgjørende for resultatet (31) og fortolkningen av det som kommer frem. Jeg hadde kanskje nok kunnskap om amming, men min forståelse av deres bakgrunn og levekår var mangelfull. Når alt dette er sagt, så oppstod det også fine øyeblikk under intervjuene og misforståelsene fremkalte mer enn én gang latter hos både meg og de jeg intervjuet. Og jeg fikk inntrykk av at de prøvde å forstå min spansk og svare så godt de kunne, selv om både jeg og de til tider var famlende i formen. Jeg tviler ikke på at det de sa var sant, men jeg vet at jeg ikke fikk fanget opp så mye som jeg ville ha gjort dersom vi hadde snakket samme språk.

Da jeg fikk hjelp av CN slapp vi heldigvis de største språklige vanskelighetene, men det som derimot tilkom var hans «persona» som mannlig lege, leder av klinikken og høye alder og at han i tillegg var min overordnede. Det var det ikke lenger to, men tre personer i rommet, noen ganger to som intervjuet og noen ganger bare CN, med meg også som intervjuobjekt. Det skapte noen ganger en litt komisk stemning da han spurte meg spørsmål jeg måtte svare på.

Han hadde tidligere uttrykt at han ikke hadde så stor tro på prosjektet, mest på grunn av min dårlige spansk, men også fordi han mente dette var et tema det argentinske helsevesen selv hadde god oversikt over og at det ikke ville komme frem noe ny kunnskap. Da intervjuobjektene ga korte svar på spørsmål som jeg mente kunne utdypes, men CN lot være var det vanskelig for meg å spørre. Vi hadde ikke avtalt på forhånd hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene. Han holdt seg til sitt mandat og leste spørsmålene ordrett opp fra intervjuguiden. CN forklarte meg at han kjente kulturen til pasientene sine godt og visste hvordan de pratet sammen i de lavere klassene. Han brukte for eksempel ordet «pupp» i stedet for «bryst» de gangene vi gikk utenom guiden, men han forandret ikke ordlyden da han leste opp spørsmålene.

Som en oppsummering kan jeg si at mange misforståelser kunne vært unngått dersom jeg hadde behersket språket godt eller hadde fått tolk med meg på alle intervjuene. Jeg hadde ikke språkkunnskaper nok til å plukke opp nyanser, kun det som ble sagt med store bokstaver. Språkforståelse hadde likevel ikke eliminert det faktum at jeg representerte legestanden og derfor en overordnet.

Litteraturliste

1. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/01.23)
2. http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Statistical-tables_12082010.pdf.
3. [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/\(2011_E\)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/(2011_E)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf)
4. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. BMJ. 2008 Apr 19;336(7649):881-7.
5. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf
6. WHO Global Databank on Breastfeeding and Complementary feeding. <http://apps.who.int/research>. November 2009
7. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. World Health Organization 2008.
8. Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; 1: CD001141. DOI:10.1002/14651858.
9. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ et. al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. Lancet 1999; 353: 1226-31-
10. <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
11. Kvale S, Brinkmann S: Det kvalitative forskningsintervju. ISBN 978-82-05-38529-0, SAGE Publications, Inc. 2009.
12. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breastfeeding in Norway. Public Health Nutr. 2010 Dec;13(12):2087-96. Epub 2010 Aug 16. PMID: 20707948.
13. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe GE. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr. 2003;92(2):152-61. PMID:12710639.
14. Bunik M, Clark L, Zimmer LM, Jimenez LM, O'Connor ME, Crane LA, Kempe A. Early Infant Feeding Decisions in Low-Income Latinas. Breastfeeding Medicine. 2006 Winter;1(4):225-35. PMID:17661603.
15. Caminha Mde F, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IK, Figueiroa JN, Lira PI. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. Rev Salude Publica. 2010 Apr;44(2):240-8.
16. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 Jan-Feb;31(1):12-32.
17. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009 May-Jun;38(3):259-68.
18. La alimentación de los niños menores de 2 años Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y

Salud –ENNyS 20– 2009.

19. Øverby NC, Kristiansen AL, Andersen LF, Britt Lande B. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo. 04/20008. IS-1535.
20. Heinig MJ, Follett JR, Ishii, KD, Kavanagh-Prochaska K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant feeding recommendations among low-income mothers. *Journal of Human Lactation*. 2006 Feb;22(1):27-38.
21. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, Macarthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. 2012 Jan 25;344:d8287. doi: 10.1136/bmj.d8287.
22. Pranee Liamputtong (Ed.). *Infant Feeding Practices A Cross Cultural Perspective*. ISBN 978-1-4419-6872-2. Springer 2010.
23. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999. Sep;26(3):149-56. Department of Pathology, Fundação Universidade do Rio Grande, Brazil.
24. Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing* 2004 May; 46(4):369-79.
25. Murphy E. 'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health & Illness* Vol. 21 No.2 1999 ISSN 0141–9889, pp. 187–208.
26. Larsen, RP. Å forstå seg selv og andre. Innføring i transaksjonsanalyse. ISBN 82-02-21834-9. J.W.Cappelens Forlag as, Oslo 2002.
27. Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick CK, Peterson KE. Infant-feeding practices and beliefs among low-income Brazilian mothers: A qualitative study. *Food Nutr Bull*. 2008 Mar;29(1):15-24. PMID:18510201
28. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia. *Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia Rev. salud pública*. 10 (1):71-84, 2008
29. <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-efficacy>
30. http://en.wikipedia.org/wiki/Paulo_Freire
31. http://es.wikipedia.org/wiki/Yerba_mate

Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse

Morsmelken & Morsrollen –

holdninger og erfaringer hos mødre som ammer eller som avstår fra amming

Hensikt:

Amming gir entydige fordeler både for mor og barn (Hoddinott et al 2008). Hensikten er å beskrive bakgrunnen for mødrenes valg om å amme eller ikke å amme. Hvilke tanker har mødre om morsmelkens effekt på barnet og på egen kropp? Hvordan er miljøet rundt mødre mhp støtte eller motbør i de valgene hun gjør? Med innsikt på dette området kan man bedre forberede kvinner på amming før barnet blir født. Man kan få innsikt i om familien, da spesielt barnefaren, bør involveres mer i opplæringen til amming. Støtte til kvinner som vil amme øker ammefrekvensen (Britton et al 2007).

Det planlegges en intervensjonsstudie rettet mot helsepersonell (leger) på helsestasjoner i Buenos Aires, Argentina. Et viktig ledd i en slik studie vil være å identifisere faktorer som fremmer eller hemmer amming hos mødre. Intervensjonen kan da rette oppmerksomhet mot disse faktorene for å styrke eller imøtegå dem. En slik studie vil ha utkommemål endring av holdninger og kunnskaper evaluert på spørreskjema. Denne studien har betydning for å kunne utvikle egnede utkommemål.

Det planlegges gjennomført en tilsvarende undersøkelse ved helsestasjoner i Buenos Aires, Argentina. Sammenlikning mellom forhold i Norge med høy ammefrekvens og Buenos Aires med betydelig lavere ammefrekvens er en annen hensikt med studien.

Hypotese:

Våre hypoteser for studien i Norge er A) det vil fremkomme en rekke spesifikke argumenter for amming til fordel for barnets vekst og tilknytning til barnet, det vil fremkomme få argumenter for at amming er best for kvinnens helse eller skadelig for henne. B) kort ammetid eller planer om å avslutte tidlig begrunnes med ammetekniske vansker og lite med at amming er skadelig for barnet eller at annen ernæring er bedre. C) De kvinner som ikke ammer vil være underrepresentert i materialet selv om man vil søke å stratifisere for det. Disse kvinnene kan gi diffuse argumenter for å slutte å amme som at ”det er ikke nok melk i brystene mine”. D) De vil kunne ha en skyldfølelse for sitt valg om å avstå fra amming, de vil kunne vise til mindre støtte fra barnefar eller mor/svigermor for amming. Og de kan ha blitt møtt dømmende av helsepersonell. Svarene vil kunne bli annerledes i land hvor amming er mindre vanlig. Det legges opp til at kvinnen selv kan forklare seg med egne ord om bakgrunnen for egne valg. Dette

er ikke en kvantitativ undersøkelse med ferdige svaralternativer (se metode).

Metode:

Spørsmålene og intervjuene: Idielt sett kunne man valgt en ren kvalitativ metode med åpne hovedspørsmål og proberende underspørsmål (Malterud 2006, Kvale 2009). Analysedelen av studien ville da kreve en svært god språkforståelse for det transkriberte materialet. Vi ønsker en undersøkelse som kan gjennomføres også i samarbeid med helsepersonell med annet språk (spansk) hvor vår språkforståelse er mindre. Derfor må spørsmålene være en blanding av konkrete forespørsler, og med mulighet for den intervjuede til å omforme spørsmålet og svare ut fra nye forutsetninger. Dette medfører en mer detaljert spørsmål guide. Den er utviklet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for amming, Rikshospitalet og testes i pilotintervju på fire mødre. Vi skal ikke forvente dyp analyse av bakenforliggende årsak til valget om å amme eller avstå fra amming som grunnlag for teoridannelse. Vårt siktemål er mer praktisk, konkret å få tak i kvinnenegne utsagn om grunnene til valget (ved standardisert intervju – Oppenheim 1992). Svarene på spørsmålene og deres kommentarer vil derfor bli analysert kvantitativt. Det siktes ikke mot en beskrivelse av forekomst av de forskjellige holdningene, men en gruppering av forskjellige holdninger.

Dataregistrering: Samtalen blir tatt opp på lydbånd. Under samtalen noterer intervjueren konkrete svar på spørsmål men lar samtalen gå åpent om spørsmålet hvis mor ikke forstår eller vil svare noe annerledes enn intervjueren spør. Ved å gå igjennom lydopptaket i ettertid kan mors svar på spørsmålet avklares og kodes. Etter koding og etter etterprøving av forskningsmedarbeider kan lydopptaket slettes. Det skal ikke spørres etter personidentifiserbare opplysninger.

Tidsrom:

Selve intervjuene kan gjennomføres over kort tidsrom, med opptil fire intervjuer på en dag vil datainnhenting ta en uke. Imidlertid kan dette strekke noe lengre ut pga rekruttering, for eksempel å få tilstrekkelig antall mødre som ikke ammer. Man planlegger intervjuene gjennomført i løpet av høsten 2010, konkretisering av data våren 2011 og sammenskriving sommeren 2011.

Utvelgelse av informanter:

De som skal intervjues er mødre som er i kontakt med helsestasjonen. Under første leveår for barnet er denne kontakten hyppig, særlig første halvår. Helsesøster eller jordmor spør mødre om de vil delta på intervju. Vi ønsker primært to grupper hhv de som ikke ammer og de som ammer. Sekundært ønsker vi mødre med norsk bakgrunn og dem med innvandrerbakgrunn. Hensikten er

å få tak i så mange forskjellige synspunkter som mulig. Invitasjonsbrev deles ut av helsesøster/jordmor (se eget skriv) og hun setter opp timeavtale på helsestasjonen hvor samtale kan finne sted. Man planlegger å intervju ca 20 mødre med de nevnte forskjeller i bakgrunn. Dette tallet er antydning ut fra litteratur om kvalitativ metode hvor man vanligvis vil finne metning i forskjellige synspunkter med et slikt antall.

Medarbeidere:

Per Lagerløv, 1te amanuensis dr. med. Inst for helse & samfunn, avd for allmenn- og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Anne Bærug (leder, ernæringsfysiolog), Beate Fossum Løland (lege, dr. med) og Elisabeth Tufte (helsesøster) ved Nasjonalt Kompetansesenter for Amming, Rikshospitalet

Medisinerstudent Sarah Nausthaug (på Buenos Aires/Argentina-prosjektet)

Økonomi:

Den norske studien planlegges gjennomført som en tre måneders obligatorisk prosjektoppgave for medisinerstudent ved Universitetet i Oslo.

Det er søkt midler fra Norsk Forskningsråd (ES454396-prosjektnr 1) svar forventes 3.mai 2010 og det er søkt Internasjonaliseringsmidler ved Det medisinske fakultet (saksnr 2010/3503) for studien i Argentina.

Litteratur:

Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2007;1: CD001141. DOI:10.1002/14651858. CD001141.pub3.

Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. BMJ 2008; 336: 881 -7.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing. Sage Los Angeles 2009.

Malterud, Kirsti. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 2.utgv. Universitetsforlaget Oslo 2006.

Oppenheim AN. Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. Continuum. London 1992 (repr 2004).

Vedlegg 2: Intervjuguide på norsk

Spørsmål om mors opplevelse av å gi morsmelk eller tillegg.

Intervju nummer: _____ Tape: _____

Takk for at du stiller opp til denne samtalen. Hensikten er få del i hvilke erfaringer du har om kring det å gi melk til barnet ditt.

Først noe om deg og barnet ditt:

- Hvor gammel er du?
- Hvor gammelt er barnet ditt?
- Hva heter barnet ditt (fornavn)?
- Hvem bor du sammen med (barnefar, mor eller alene)?
- Har du flere barn?
- Har du noen erfaring med amming fra før? Ammet du de andre barna dine?
- Vet du om selv ble ammet som barn?
- Når fikk du første gang barnet til brystet etter fødsel?
- Hvis sent eller aldri, hva var det første barnet ditt fikk å spise?
- Fikk han/hun noe i tillegg den første tiden/ mens dere var på sykehuset/barselavd?
- Ammer du barnet ditt nå?
- Hvis nei, hva gir du barnet ditt?
- Får han/hun noe i tillegg til morsmelk nå? Evt. noe i tillegg til morsmelkerstatning(morsmelkerstatning, vann, te, kumelk, sukkervann)?
- Hvor ofte gir du barnet ditt melk iløpet av døgnet?
- Når har du tenkt å begynne med fast føde?

Kvinner har forskjellige erfaringer med det å amme. Noen velger å ikke amme av ulike årsaker, noen slutter på grunn av ammeproblemer. Noen ammer fordi de føler at miljøet rundt dem forventer det, mens andre trives godt med det å amme.

- Hva vil du si er den viktigste grunnen til at du ammer/sluttet å amme/ikke ammer i det hele tatt?

○ Amme:

- ☐ Praktisk?
- ☐ Beste ernæring for barnet?
- ☐ Best for barnets helse (beskytter mot sykdom)
- ☐ Godt for egen helse? (kroppssform, beskytter mot sykdom)
- ☐ For å få kroppskontakt med barnet?
- ☐ Beste tilknytning til barnet?
- ☐ Anbefalt av helsemyndigheter

○ Sluttet å amme

- ☐ Ikke melkeproduksjon/følelse av å ikke ha nok melk
- ☐ Problemer med barnets sugetak
- ☐ Barnet vokste ikke nok
- ☐ Fysiske plager (smerter, såre brystknopper, brystbetennelse)
- ☐ Barnet avviste brystet/ville ikke die
- ☐ Kunne ikke se hvor mye melk barnet fikk i seg
- ☐ Vanskelig å gjennomføre amming (ut i jobb, for tidkrevende)
- ☐ Usikker på om melken ga nok næring
- ☐ Mor syk
- ☐ Ønsket ikke

○ Ikke ammer

- ☐ Ble ikke ammet selv
- ☐ Tidligere negativ ammeerfaring
- ☐ Barnet sykt/for tidlig født
- ☐ Ønsket ikke

- Hva er den nest viktigste grunnen?

- Noe annet?

Til dem som har sluttet å amme:

- Var du forberedt på vanskelighetene som oppstod?
- Søkte du hjelp da du fikk problemer?
 - o Fra helsepersonell, familie, venner
- Hva slags hjelp/råd fikk du?
- Ser du noen fordeler for deg og barnet ditt med å gi morsmelkerstatning?
- Er det noe som kunne ha gjort at du hadde ammet lenger?

Til dem som ammer:

- Hva er det vanskeligste med å amme? (tidkrevende, amme i offentlighet, bundet til hjemmet)
- Er det noe som kan få deg til å slutte å amme før du har tenkt?

Amming som forpliktelse:

Noen tenker på det å amme som å oppfylle en forpliktelse – det kan f.eks være i henhold til religion, familie, barnefar eller barnet.

- Hva tenker du om det?

Miljøet rundt kvinnen:

Familie og venner er viktige støttepersoner når en får barn. De har kanskje selv erfaring med å gi melk og kan gi råd og veiledning hvis det er noe en lurer på. Noen har kanskje andre meninger enn det en selv har?

Hva synes mannen din/barnefaren om at du ammer/ikke ammer?

o Støttende overfor valget?

- Hva synes din mor om at du ammer/ikke ammer?

o At du gjør din plikt/ikke gjør din plikt?

o At du binder deg for sterkt til barnet?

o At du ammer for ofte

o At du bør gi tillegg

- Hva synes din svigermor om at du ammer/ikke ammer?

- Hva forteller kvinner hverandre om amming?

o Amming er sunt for barnet

o Amming er sunt for kvinnen

o Amming ødelegger kroppen

- Hva med amming i offentlighet- er det problematisk eller uproblematisk?

- Er arbeidsplassen din støttende ift amming?

Tanker om morsmelk og morsmelkerstatning:

Mange opplever at de ikke har nok melk til barnet sitt og er bekymret for om det får i seg næringen det har behov for.

- Er det noe man kan gjøre hvis brystene ikke produserer nok melk? (mat/drikke, aktiviteter, legge barnet til brystet)
- Er det noe som kan minske melkeproduksjonen? Evt. gjøre at man får mindre melk?(mat, aktiviteter, medisiner, at barnet ikke dier nok)
- Er det noe som kan påvirke selve melken? (mat/drikke, medisiner, sterke følelser, sykdom)
- Inneholder morsmelk noe som morsmelkerstatningen ikke har?
- Inneholder morsmelkerstatningen noe som morsmelken ikke har?

Tanker om barnet:

- Er det noen forskjell på barn som har fått morsmelk og barn som har fått morsmelkerstatning?
- Er det noen forskjell på kvinner som har ammet og kvinner som ikke har ammet?

Kropp

- Hvordan påvirker amming kroppen?
 - o Gir hengebryst
 - o Amming kan skade kroppen
 - o Amming er bra for kropp og helse
 - o Gjør at en får kroppsform tilbake fortere

Hvordan opplever du helsevesenets holdning til amming?

- Hva har helsepersonell fortalt deg om amming før du fødte?
 - Morsmelk er best for barnets helse
 - o Det forventes at alle mødre skal amme
 - o Melkeerstatning er likeverdig morsmelk
 - o Etablering av amming foregår spontant/ går av seg selv
 - o Nær alle kvinnebryst kan gi morsmelk
 - o Amming krever opplæring
 - o Stabil melkproduksjon etableres først etter en måned
 - Hvilken holdning tror du/har du selv opplevd at helsepersonell vil vise/viser overfor en mor som ikke ammer?
 - o Respekt og forståelse for mors avgjørelse
 - o Helsepersonell føler at de har sviktet i å hjelpe mor
 - o Fikk lite informasjon om morsmelkerstatning og bruk av flaske
 - o Fikk meg til å føle meg som en dårlig mor?
 - o Oppfatte det som svekket omsorgsevne
 - o Oppfatte mor som syk
 - o Se fordelene med mors valg
 - Synes du du har fått nok informasjon om amming? Er det noe du har savnet?
- Har du fått følelsen av at du er en dårlig mor når du ikke ammer?
- Hva tror du kan være grunner til at andre kvinner slutter å amme?

Er det noe du vil fortelle som vi ikke har spurt om?
Hvordan opplevde du denne samtalen?

Vedlegg 3: Intervjuguide på spansk

Encuesta sobre la experiencia de la madre con lactancia natural o artificial.

Entrevista número: _____ Cinta: _____

Seudonimo _____

Gracias por acudir a esta entrevista. La finalidad es conocer tus experiencias en torno a lo de dar de mamar a tu hijo.

En primer lugar voy a preguntar un poco sobre ti y tu hijo:

- ¿Qué edad tienes?
- ¿Qué edad tiene tu hijo?
- ¿Cómo se llama tu hijo (nombre)?
 - ¿Con quién vives (el padre del hijo, su madre o sola)?
 - ¿Tienes más hijos?
 - ¿Tienes experiencias anteriores de amamantar? ¿Diste de mamar a tus otros hijos?
 - ¿Sabes si tu misma fuiste amamantada de pequeña?
- ¿Cuándo te pusieron por primera vez al bebé al pecho después de dar a luz?
- En caso de que tarde o nunca, ¿qué fue lo primero que se le dio a comer a tu hijo?
- A él o ella, ¿le dieron algo durante el primer tiempo, o mientras estuvistes en el hospital o departamento de maternidad?
- ¿Amamantas a tu hijo ahora?
- En caso de que no, ¿qué le das de comer?
 - ¿Le das algo además de leche materna ahora? (En su caso, algo además de leche artificial (leche artificial, agua, té, leche de vaca, agua con azúcar)
 - ¿Cuántas veces por día amamantas a tu hijo?
- ¿Cuántas mamaderas por día le das a tu hijo?
 - ¿A que edad piensas empezar con alimento sólido?

Las mujeres tienen diferentes experiencias con lo de amamantar. Algunas optan por no dar de mamar, por diferentes causas, otras dejan de hacerlo por problemas del amamantamiento. Algunas dar de mamar porque entienden que su entorno así lo espera, mientras que otras se sienten a gusto amamantando.

- ¿Cuál dirías es la principal causa de que amamantes / haya dejado de amamantar / no des de mamar siquiera?
 - Si amamanta:
 - ¿Conveniente?
 - ¿La mejor nutrición para el bebé?
 - ¿Lo mejor para la salud del niño (protege contra enfermedades)?
 - ¿Bueno para la propia salud de la madre(forma corporal, protege contra enfermedades)?
 - ¿Para tener contacto físico con el niño?
 - ¿La mejor relación afectiva con el niño?
 - Recomendado por las autoridades sanitarias
 - Si ha dejado de amamantar
 - No produce leche materna /sensación de no tener suficiente leche
 - Problemas del niño para adaptarse al pecho
 - El niño no tuvo un crecimiento suficiente
 - Molestias físicas (dolor, pezones doloridos, inflamación de los pechos)
 - El niño rechazó el pecho /no quiso mamar
 - No pudo ver la cantidad de leche que obtuvo el niño
 - Difícil realizar el amamantamiento (empezó a trabajar, llevó demasiado tiempo)
 - No sabía con seguridad si la leche le daba suficiente nutrición
 - Madre enferma
 - No quiso amamantar
 - Si no amamanta
 - La madre tampoco fue amamantada
 - Experiencia anterior negativa con el amamantamiento
 - Niño enfermo/prematuro
 - No quiso amamantar
- ¿Cuál es la segunda causa más importante?
- ¿Otras causas?
- ¿Cual considera que es la mas importante de estas ultimas?

A las que han dejado de amamantar:

- ¿Estuviste preparada para las dificultades que surgieron?
- ¿Pediste ayuda al tener problemas?
 - o A personal sanitario, familia, amigos
- ¿Qué tipo de ayuda o consejos te dieron?
- ¿Ves alguna ventaja para ti y tu hijo con dar leche artificial, o de fórmula?
- ¿Hay algo que te podría haber llevado a amamantar por más tiempo?

A las que amamantan:

- ¿Qué es lo más difícil del amamantamiento? (lleva tiempo, dar de mamar en público, reclusa en el hogar)
- ¿Hay algo que te puede llevar a dejar de amamantar antes de lo previsto?
- ¿El inicio de las relaciones sexuales dificultó la lactancia?

El amamantamiento como obligación:

Algunas piensan que lo de amamantar es cumplir con un deber – por ejemplo, ante la religión, la familia, el padre o el hijo.

- ¿Qué piensas de esto?

El ambiente en torno a la mujer:

La familia y los amigos son personas de apoyo importantes al tener hijos. Estas personas quizás también tienen experiencias con la lactancia y pueden dar consejos y orientación en casos de duda. ¿Algunos quizás tienen opiniones diferentes a las tuyas?

- ¿Qué piensa tu marido / padre del hijo de que amamantes / no amamantes?
 - ¿Apoya la decisión?
- ¿Qué piensa tu mamá de que amamantes / no amamantes?
 - ¿Que cumples / no cumples con tu deber?
 - ¿Que estás demasiado ligado a tu hijo?
 - Que das de mamar demasiado a menudo
 - Que debes darle suplemento
- ¿Qué piensa tu suegra de que amamantes / no amamantes?
- ¿Qué se dicen las mujeres sobre el amamantamiento?
 - El amamantamiento es bueno para la salud del niño
 - El amamantamiento es bueno para la salud de la mujer
 - El amamantamiento destroza el cuerpo
- En cuanto al amamantamiento en público - ¿es problemático, o no problemático?
- En tu lugar de trabajo ¿te apoyan para que amamantas a tu hijo?

Pensamientos sobre leche materna y leche artificial:

Muchas piensan que o tienen suficiente leche para su hijo y están preocupadas de si éste consigue la nutrición que necesita.

- ¿Hay algo que se puede hacer si los pechos no producen suficiente leche?
(comida/bebida, actividades, poner al pecho al niño)
- ¿Hay algo que puede reducir la producción de leche materna? ¿O que puede hacer que una tenga menos leche? (comida, actividades, medicamentos, que el niño no mame suficientemente)
- ¿Hay algo que puede influir en la propia leche? (comida/bebida, medicamentos, fuertes emociones, enfermedad)
- La leche materna ¿contiene algo que no tiene la leche artificial?
- La leche artificial ¿contiene algo que no tiene la leche materna?

Pensamientos sobre el hijo:

- ¿Hay alguna diferencia entre los niños que han recibido leche materna y los niños que han recibido suplemento?
- ¿Hay alguna diferencia entre las mujeres que han amamantado y las que no han amamantado?

El cuerpo

- ¿Cómo influye el amamantamiento en el cuerpo?
 - Produce pechos caídos, estrías en el piel
 - El amamantamiento puede dañar el cuerpo
- El amamantamiento es bueno para el cuerpo y la salud
- Hace que se recupere más pronto la forma del cuerpo

¿Cómo percibes la actitud de los servicios sanitarios ante el amamantamiento?

- ¿Qué te han dicho el personal sanitario sobre el amamantamiento antes de dar a luz?
 - La leche materna es lo mejor para la salud del niño
 - Se espera que todas las madres den de mamar
 - La leche artificial no es de igual valor que la leche materna
 - El inicio del amamantamiento se realiza de forma espontánea / automática
 - Casi todos los pechos pueden dar leche materna
 - El amamantamiento requiere educación
- La producción estable de leche no se establece hasta después de un mes
- ¿Cuál es la actitud que piensas que muestra / has visto mostrar el personal sanitario ante una madre que no da de mamar?
 - Respeto y comprensión ante la decisión de la madre
 - El personal sanitario piensa que ha faltado a ayudar a la madre
 - Recibí poca información sobre leche artificial y uso de biberón
 - Me hicieron sentirme como una mala madre
 - Lo percibieron como una debilitación de la capacidad de cuidar
 - Pensaban que la madre estaba enferma
- ¿Piensas que te han dado suficiente información sobre el amamantamiento? ¿Hay algo que ha faltado?
- ¿Has tenido la sensación de ser una mala madre por no dar de mamar?
- ¿Qué razones crees que pueden existir de que otras mujeres hayan dejado de amamantar?
- ¿Hay algo que quieres decir y que no te hemos preguntado?
- ¿Cómo te ha parecido esta entrevista?
-

Skjema: Prosjektgodkjenning

Skjema mottatt 27.04.2010 i SPREK - saksportalen for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på helseforskning.etikkom.no

Sammendrag

Prosjekttittel: Morsmelk og morsrollen
Vitenskapelig tittel: Morsmelken & Morsrollen – holdninger og erfaringer hos mødre som ammer eller som avstår fra amming
Prosjektleder: Per Lagerløv
Forskningsansvarlig: Institutt for Helse & Samfunn/ Per Lagerløv
Initiativtaker: Prosjektleder eller forskningsansvarlig (Bidragsforskning)
Utdanningsprosjekt:
Studium: Profesjonsstudiet medisin

Prosjektoppgave for medisinerstudent1.

Nivå: Generelle opplysninger

a. Prosjekttittel

Norsk tittel Morsmelk og morsrollen
Vitenskapelig tittel Morsmelken & Morsrollen – holdninger og erfaringer hos mødre som ammer eller som avstår fra amming

b. Prosjektleder

Navn	Per Lagerløv
Akademisk grad	dr.med. cand. pharm
Klinisk kompetanse	
Stilling	Førsteamanuensis
Hovedarbeidssted	Universitetet i Oslo
Arbeidsadresse	Inst for Helse & Samfunn.Pb 1130

Postnummer	0318
Sted	Oslo
Telefon	22850660
Mobiltelefon	93421141
E-post adresse	per.lagerlov@medisin.uio.no

c. Forskningsansvarlig

Forskningsansvarlig er	Institusjon eller annen juridisk person
Institusjon/juridisk person	Institutt for Helse & Samfunn/ Per Lagerløv
Gateadresse/postboks	Pb 1130
Postnummer	0318

Sted	Oslo
Kontaktperson	Per Lagerløv
Stilling	Førsteamanuensis
Telefon	22850660
Mobiltelefon	93421141
E-post adresse	per.lagerlov@medisin.uio.no

d. Prosjektplassering

Initiativtaker til prosjektet	Prosjektleder eller forskningsansvarlig (Bidragsforskning)
Utdanningsprosjekt/doktorgradsprosjekt	Ja
Studium	Profesjonsstudiet medisin
Nivå	Prosjektoppgave for medisinerstudent

e. Prosjektmedarbeidere

2. Prosjektopplysninger

a. Bakgrunn og formål

Prosjektleders prosjektomtale

Bakgrunn: Kartlegge forskjellige opplevelser hos mødre som hhv ammer eller avstår fra amming for å finne ut hvorfor de ammer eller har avsluttet amming. Kartleggingen skal senere brukes i en intervensjon rettet mot leger for å kunne fremme amming blant mødre. Kartleggingen er også til nytte for helsepersonell når de skal rådgive mor og om andre rundt mor som barnefar eller barnets mormor/farmor skal motiveres. Metoden: er semi kvantitativ med intervju av mødre ved bruk av et strukturert spørreskjema men med mulighet for reformulering og annet svar fra mor. Intervjuene tas opp på lydmedium. Mødrene skal rekrutteres på helsestasjonen av helsesøster/jordmor som vil orientere om prosjektet og avtale tid for samtale på helsestasjonen.

b. Forskningsdata

Nye helseopplysninger	Ja
Spesifiser hvilke typer helseopplysninger	Spørsmål om amming eller grunner til å avstå fra amming samt opplevelser i forbindelse med amming. Svarene skrives ned og samtalen vil bli tatt opp på lydmedium for koding.

c. Forskningsmetode

Prosjektet er	Både kvantitativt og kvalitativt
Spørreskjema	Ja
Intervju	Ja

Lydopptak	Ja
Faglig og vitenskapelig begrunnelse for valg av metode	Vi ønsker en undersøkelse som kan gjennomføres også i samarbeid med helsepersonell med annet språk (spansk) hvor vår språkforståelse er mindre. Derfor må spørsmålene være en blanding av konkrete forespørsler, og med mulighet for den intervjuede til å omforme spørsmålet og svare ut fra nye forutsetninger. Dette medfører en mer detaljert spørsmål guide. Den er utviklet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for amming, Rikshospitalet og testes i pilotintervju på fire mødre Svarene på spørsmålene og deres kommentarer vil bli analysert kvantitativt. Det siktes ikke mot en beskrivelse av forekomst av de forskjellige holdningene, men en gruppering av forskjellige holdninger.

d. Utvalg

Allmennbefolkning	Ja
Bare ett kjønn	Ja
Velg kjønn	Kun kvinner
Begrunn	Det er kun kvinner som ammer

e. Omfang

Norge	Omfatter ca 20 kvinner
Redegjør og begrunn prosjektets omfang	Med intervju av 20 kvinner stratifisert på amming/ ikke amming og sekundært på norsk/ikke norsk kulturbakgrunn skulle man kunne oppnå en metning i forskjeller på holdninger hos kvinnene ihht kvalitativ metode.

2C. Biobank

3. Samtykke og personvern

a.

b.

Samtykke innhentes	Ja
For hvilke data skal samtykke innhentes?	Alle
Annen samtykkeform	Ja
Redegjør for samtykkeform og begrunn avvik fra spesifikt, informert, aktivt skriftlig samtykke	Mor vil muntelig gi samtykke til forespørsel fra helsesøster som gir informasjonsskriv til mor
Redegjør for tiltak for å sikre et informert og fritt samtykke og begrunn eventuelle avvik fra anbefalte prosedyrer	Helsesøster informerer hver mor individuelt og ved hjelp av informasjonsskriv. Mors avslag får ikke konsekvens for henne eller barnet

(spesifiseres) og det blir ikke laget register over dem som avslår. Hun kan trekke seg fra avtalen når hun vil.

c.

4. Etisk vurdering av fordeler og ulemper

a. Fordeler

Grupper av personer	Ja
Angi hvilke grupper	Mødre som vurderer å amme eller som ammer barnet sitt. Det vil også kunne komme dem som avstår fra amming til hjelp ved å kartlegge bedre deres behov.
Angi hvilke fordeler	Studien vil danne grunnlag for bedre informasjon og hjelp til mødre som vurderer å gi morsmelk til barnet. Det vil også være nyttig for å kunne forhindre for tidlig avvenning fra morsmelk.
Vitenskapen	Ja
Angi hvilke fordeler	Kunnskap fra studien vil bli brukt til å utvikle utkomme mål for en intervensjonsstudie rettet mot leger om hjelp til dem som ammer eller vurderer å slutte å amme.

b. Ulemper

Den enkelte prosjektdeltaker	Ja
Angi hvilke ulemper	Det kan tenkes at samtalen kan oppleves personlig og utfordrende hvis mor føler hun ikke strekker til i forhold til de forventninger samfunnet stiller til en mor.

c. Tiltak

Redegjør for særlige tiltak for å ivareta og beskytte deltakere i forskningsprosjektet	Da samtalene foregår på helsestasjonen vil man lettere kunne sette opp time hos helsesøster for dem som føler dette nødvendig. Samtalen vil bli gjennomført av medisinsk kyndig person (lege eller nesten ferdig medisinerstudent).
--	---

d. Forsvarlighet

Redegjør for din avveining mellom fordeler og ulemper og gi din begrunnelse for hvorfor du mener det er forsvarlig å gjennomføre prosjektet	Mange mødre vil finne det godt å kunne fortelle om sine opplevelser på godt og ondt ved det å amme eller ikke kunne amme. Resultatet av studien vil ha stor verdi for både mor og barn. Ved at tilsvarende studie gjøres i andre land med lav ammefrekvens kan helsegevinsten bli betydelig på sikt. Ulempene med samtale bør kunne ivaretas innenfor den ramme hvor samtalene foregår, på helsestasjonen.
---	--

5. Sikkerhet, interesser og publisering

a. Personidentifiserbare opplysninger

Opplysninger som registreres i prosjektet er indirekte personidentifiserbare

Aidentifiserte	Ja
----------------	----

Systematisk reidentifiserbare	
-------------------------------	--

b. Internkontroll og sikkerhet

Lydopptak	Ja
-----------	----

På PC	Ja
-------	----

Manuelt/papir	Ja
---------------	----

Passordbeskyttet oppbevaring	Ja
------------------------------	----

Innelåst oppbevaring	Ja
----------------------	----

Redegjør nærmere for hvordan personidentifiserbare opplysninger er beskyttet mot innsyn fra uvedkommende	Lydopptakene på PC er passordbeskyttet. Notater på spørreskjema under samtaler vil bli innelåst.
--	--

c. Forsikringsdekning for deltakere

Forsikring anses nødvendig	Ja
----------------------------	----

Begrunn hvorfor det anses nødvendig med forsikring for forskningsdeltakerne	Man kan ikke forestille seg at samtalen direkte kan skade mor eller barnet hennes.
---	--

d. Vurdering av andre instanser

Andre	Ja
-------	----

Hvilke(n) institusjon(er)/instans(er)?	Norsk kompetansesenter for amming på Rikshospitalet ved leder Anne Bærug er med i prosjektgruppen.
--	--

e. Interesser

Finansieringskilder	Prosjektet er del av obligatorisk oppgave i profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Oslo. Ingen finansiell støtte. Veileder gjør oppgaven som ledd i sin undervisningsplikt.
---------------------	--

Godtgjøring til institusjon	Ingen. Ingen ytelse til deltagende helsestasjon.
-----------------------------	--

Honorar prosjektleder/-medarbeidere	Ingen
-------------------------------------	-------

Kompensasjon for forskningsdeltakere	Ingen.
--------------------------------------	--------

Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere	Veileder er ikke lege på helsestasjonen som rekrutterer informanter
--	---

f. Publisering

Redegjør for hvordan resultatene skal gjøres offentlig tilgjengelig	Det planlegges publisering i vanlig medisinsk tidsskrift. Oppgaven vil i alle fall bli lagt ut på Universitetets nettside.
---	--

g. Offentlig innsyn

h. Tidsramme

Prosjektstart dato	01.06.2010
--------------------	------------

Prosjektslutt dato	27.05.2011
--------------------	------------

Etter prosjektslutt skal datamaterialet slettes	Ja
---	----

Redegjør nærmere for håndtering av data etter Vi skal ikke ha personidentifiserbare
prosjektslutt opplysninger. Lydmediet med opptak av
samtalene skal slettes etter analysene.

6. Vedlegg

- 1. Spørsmål om amming_27042010.pdf - Spørreskjema - 27.04.10
- 2. INVITASJON til intervju om ammerollen.pdf - Forespørsel om deltakelse - 27.04.10
- 3. Spørsmål om amming_27042010.pdf - Intervjuguide - 27.04.10
- 4. ProsjektbeskrivelseIntervjuAmming.pdf - Forskningsprotokoll - 27.04.10

7. Ansvarserklæring

a.

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i Ja
henhold til gjeldende lover, forskrifter og
retningslinjer

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i Ja
samsvar med opplysninger gitt i denne
søknaden

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i Ja
samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning
gitt av REK eller andre instanser
